



Association professionnelle  
des chargés de sécurité  
transfusionnelle du Québec



## Adhésion à l'APCSTQ

Année : 201\_\_ - 201\_\_

Par la présente,

Je **renouvelle** mon adhésion à l'APCSTQ  **OU** Je désire **devenir membre** de l'APCSTQ

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse à domicile :

No civique                      rue                      Ville                      Province

Code postal

Téléphone : (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement auquel vous êtes affilié(e) : \_\_\_\_\_

Titre/poste : \_\_\_\_\_

Adresse au bureau :

No civique                      rue                      Ville                      Province

Code postal

Téléphone : (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Télécopieur : (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance :                      Domicile                       Travail

### **Cotisation annuelle : \$50.00**

*En tant que membre de l'APCSTQ, je m'engage à promouvoir les buts et objectifs de l'Association et à respecter ses règlements.  
Il est entendu que ce montant me sera remboursé si mon adhésion est refusée.*

**Signature** : \_\_\_\_\_

**Faites parvenir ce formulaire et votre chèque à :**

CISSS de Chaudière-Appalaches  
Installation Hôtel-Dieu de Lévis  
A/S: Mme Carolle Breton  
Service de sécurité transfusionnelle  
143 rue Wolfe  
Lévis QC G6V 3Z1

Mode de paiement : \_\_\_\_\_ reçu le : \_\_\_\_\_